

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

280
No

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

José BOTERO-LONDONO

Né le 5 juin 1903 à La Ceja (Colombie)

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

DU PROLAPSUS GÉNITAL
APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE
ET LE TRAITEMENT PRÉVENTIF
PAR LA
“ CERVICO-LIGAMENTOPEXIE ”

Président : J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

189

Digitized by the Internet Archive
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

José BOTERO-LONDONO

Né le 5 juin 1903 à La Ceja (Colombie)

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

DU PROLAPSUS GÉNITAL
APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE
ET LE TRAITEMENT PRÉVENTIF
PAR LA
“ CERVICO-LIGAMENTOPEXIE ”

Président : J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLETT.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE et
	MULON

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Hen-
 ri Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAULEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 N Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 N Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphili-
 lographie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie patholo-
 gique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM	MM.
ABRAMI . . . Clinique médicale.	MATHIEU. . . Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . . Clinique médicale.	MOCQUOT . . . Clinique chirurgicale.
DEBRE Clinique médicale.	PROUST . . . Clinique chirurgicale.
DÜVOIR. . . . Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.
BASSET. . . . Clinique chirurgicale.	LE LORIER . . . Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . . Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.	METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	) Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1938, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni implication.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MON BIEN REGRETTÉ FRÈRE

A MA MÈRE

En hommage de ma filiale affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Témoignage d'affection.

A MON ONCLE Le Docteur MANUEL LONDONO

Témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur J.-L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine.

*En témoignage d'admiration et de
respectueuse reconnaissance pour
l'honneur qu'il m'a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A M. le Docteur DOUAY
Chef de Travaux de l'Hôpital Broca

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse ; nous lui sommes particu-
lièrement reconnaissant de l'aide
qu'il nous a apportée dans la ré-
daction de ce travail et nous le
prions d'accepter ici l'hommage de
notre gratitude.*

A M. le Docteur L. HAUTEFORT
Chirurgien de l'Hôpital du Perpétuel-Secours

Modeste témoignage de gratitude.

A TOUS CEUX QUE J'AIME ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

*Témoignage de notre reconnaissance
pour la formation médicale qu'ils
nous ont donnée.*

INTRODUCTION

Pendant l'année 1931, nous avons suivi régulièrement l'enseignement du Pr J.-L. Faure à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, et nous avons vu faire par le Pr Faure ainsi que par le Dr Douay une opération qui nous a paru intéressante. A vrai dire c'est plutôt un complément opératoire qu'une opération proprement dite. Il s'agit de la suspension du moignon du col utérin par les ligaments ronds, suspension faite à la fin d'une hystérectomie subtotale, c'est ce que M. Douay appelle une cervico-ligamentopexie.

L'indication opératoire de ce procédé n'est pas fréquente et nous n'avons recueilli à l'hôpital Broca que 11 observations. Il s'agit dans ces cas d'association du prolapsus génital et de lésions utéro-annexielles rendant nécessaires l'hystérectomie subtotale : Les résultats obtenus et que nous avons pu suivre ultérieurement ont été excellents : le col maintenu par les ligaments ronds n'a plus la tendance à s'abaisser, le prolapsus est arrêté dans son évolution.

Nous voudrions, dans cette thèse, montrer dans quels cas cette technique est particulièrement indiquée ; et nous serons amené à considérer la différence qui existe entre le prolapsus par déchirure périnéale avec conservation des muscles releveurs de l'anus et sans abaissement du col, et d'autre part le prolapsus avec déroulement du vagin par suite de la disparition fonctionnelle des releveurs de l'anus et de l'appareil de suspension du col. C'est surtout dans ce cas que la fixation du col par les ligaments ronds devient une opération utile et efficace.

Les observations recueillies par nous en sont la preuve positive, si cette opération de suspension n'est pas faite, le prolapsus peut récidiver malgré une bonne périnéorraphie, nous avons eu l'occasion d'en observer deux exemples, hystérectomie subtotale, prolapsus consécutif traité par périnéorraphie, récurrence du prolapsus où il fallut réintervenir ultérieurement par laparotomie pour faire une cervicopexie abdominale ; opération qui fut suivie de succès définitif.

Nous avons étudié les différents procédés de technique opératoire, qui permettent cette cervico-ligamentopexie. Celui de notre maître le Pr J.-L. Faure, celui de M. Douay, et nous rapportons la technique ingénieuse de M. Hautefort et enfin celle de M. Pauchet.

De toutes façons cette technique opératoire est simple et nous voudrions la voir employée plus souvent, non

pas seulement dans le prolapsus déclaré, mais encore comme *moyen préventif* du prolapsus post-opératoire après hystérectomie subtotale lorsqu'au moment de l'opération on constate que le périnée est relativement déficient.

Si la suspension du col a été faite comme complément de l'hystérectomie, il suffira, plus tard, de faire une opération périnéale pour obtenir la guérison du prolapsus. Si la suspension n'a pas été faite, il se peut que la périnéorrhaphie seule soit insuffisante pour guérir le prolapsus et que la récurrence se produise ultérieurement.

HISTORIQUE

L'idée de la suspension du moignon du col après hystérectomie subtotale n'est pas une chose nouvelle.

Déjà Müller (d'Heidelberg) en 1889 fixait le moignon du col dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Jacobs (de Bruxelles) en 1896 à la Société Belge de gynécologie, exposait un procédé qui consiste, après l'amputation supravaginale de l'utérus, à recouvrir le moignon du col avec les ligaments larges dans le but de le suspendre.

Le P^r Legueu au XIV^e Congrès français de Chirurgie 1901 rapporte 3 observations de malades opérées par le procédé de Müller, avec très bon succès.

Ilieff (de Paris) en 1898 soutient sa thèse sur la « colpopexie abdominale » dans le traitement radical du prolapsus génital.

En 1904 Beauvois (de Lille) fait sa thèse sur les prolapsus totaux graves et leur traitement par la « trachéloplexie et la colpopexie recti-musculaire ».

Bonneau, dans le *Paris Chirurgical*, juillet 1912, a publié

une technique de la cure radicale des prolapsus génitaux par la voie abdominale. Après lui d'autres auteurs ont plus ou moins modifié la technique opératoire.

M. Hautefort présenta à la Société des Chirurgiens de Paris (séance du 15 juin 1928), un fort intéressant travail accompagné de quelques figures très démonstratives et que l'auteur nous a permis gracieusement de reproduire dans cette thèse, sur sa technique de suspension du col.

Les résultats obtenus par M. Hautefort sont les suivants :

Sur 10 malades opérées avant le 1^{er} avril 1928, 3 ont été opérées en clientèle avec 2 résultats éloignés excellents, et 1 résultat inconnu. Les 7 autres ont été opérées dans son service (hôpital du Perpétuel Secours), dont voici les résultats :

Pour 6 opérées suivies, le résultat est très bon dans 2 cas encore récents (4 et 6 mois), en 2 cas le résultat éloigné est excellent, et il est bon dans un cas et nul dans un autre. L'échec d'après l'auteur doit être incriminé plutôt à une résorption trop hâtive du catgut ordinaire qu'il avait employé (actuellement il emploie du catgut chromé n^{os} 2 et 3), qu'au relâchement des ligaments.

M. Hautefort a bien voulu nous permettre de recueillir quelques observations dans son service que nous publions dans cette thèse.

M. Payne (de Virginia) dans les Archives of Surgery 1930, publie 4 observations — *de prolapsus génital après hystérectomie subtotale* — qu'il a traité par la fixation du col à la paroi abdominale avec résultats excellents.

Une malade a été revue 10 ans après, 2 ont été suivies pendant 2 ans et la 4^e pendant 1 an.

GÉNÉRALITÉS SUR LE PROLAPSUS GÉNITAL

Depuis fort longtemps on admet que l'hystérectomie n'est pas un traitement du prolapsus génital.

L'ablation de l'utérus dont la chute semble, au premier abord, constituer toute la maladie est incapable de guérir le prolapsus génital. En effet dès que les malades se lèvent après l'hystérectomie, elles constatent non sans peine qu'une grosseur sort encore du vagin et qu'elles éprouvent les mêmes troubles qu'auparavant.

La disparition de l'utérus est en effet sans action sur la chute des parois vaginales, aussi bien que sur celles de la vessie et du rectum, lesquelles se reproduisent après l'opération avec tous leurs inconvénients.

Au lieu de sacrifier l'utérus il y a lieu de l'utiliser pour lutter contre le prolapsus génital. La suspension de l'utérus descendu, permettra d'agir sur le fond du vagin et deviendra un complément efficace de la colpopérinéorrhaphie. Cette suspension est habituellement faite, soit par l'intermédiaire des ligaments ronds (ligamentopexie à la Doléris) sur la femme jeune ; soit

directement sur l'utérus (hystéropexie) lorsque la malade atteint l'âge de la ménopause.

Dans la cure du prolapsus génital, l'hystérectomie subtotale ne peut être qu'une opération complémentaire indiquée par suite de lésions utérines ou annexielles concomitantes. Par suite de ce sacrifice nécessaire, la suspension de l'utérus par ligamentopexie ou hystéropexie n'est plus possible : — *C'est alors que la suspension du moignon du col, par les ligaments ronds, trouve son entière indication.*

La cause véritable du prolapsus en général est une insuffisance congénitale ou acquise des muscles du plancher pelvien.

— Le prolapsus génital peut apparaître chez des jeunes filles et des nullipares par suite d'une atrophie congénitale des muscles du périnée, mais dans l'immense majorité des cas, le prolapsus succède à des grossesses répétées.

La déchirure ne suffit pas pour produire le prolapsus avec abaissement du col. Pour que le vagin se déroule il faut, en plus, une insuffisance musculaire de la sangle de soutien, formée par les releveurs de l'anus.

Quant aux moyens de suspension de l'utérus, péri-utoine, ligaments larges et ligaments ronds leur rôle est insignifiant et très peu efficace. Aussi peut-on comprendre qu'après une hystérectomie subtotale le moignon du col n'a aucune tendance à descendre.

Par contre l'action des ligaments utéro-sacrés est beaucoup plus importante, ce sont eux qui maintiennent le col fixé en place après une hystérectomie sub-totale. Alors on peut comprendre que dans l'hystérectomie totale la cicatrice vaginale a une tendance à s'abaisser, elle est moins bien soutenue que le col restant après l'hystérectomie subtotal, mais le déroulement du vagin ne se produit pas, si les releveurs de l'anus sont de bonne qualité.

En résumé, *l'insuffisance des muscles du périnée est à la base de presque tous les prolapsus.*

Dans son premier degré, dans lequel le col se rapproche seulement de la vulve, le prolapsus est dû exclusivement à l'insuffisance des moyens de suspension de l'utérus et surtout au relâchement ou atrophie des ligaments utéro-sacrés. Mais si le plancher périnéal résiste, les choses peuvent en rester là indéfiniment. Par contre si les muscles du périnée sont défaillants, la vessie, portant à faux, fait saillie à travers la vulve (cystocèle), la paroi antérieure du vagin descend de plus en plus et entraîne le col utérin qui se montre alors à la vulve, le deuxième degré est constitué.

Au troisième degré la paroi postérieure n'étant plus maintenue par les releveurs de l'anus, se déroule et le vagin est retourné aux trois-quarts (prolapsus incomplet), il reste un sillon profond sur les côtés du prolapsus.

Dans le quatrième degré qui est le type du prolapsus sénile ,le prolapsus est complet, tout espace de sillon à la base a disparu, l'utérus pend entre les jambes.

FONCTIONS ANATOMIQUES DES LIGAMENTS

Les ligaments larges n'ont pas d'importance dans la pathogénie du prolapsus génital; on comprend alors l'insuccès de l'opération de Jacobs (de Bruxelles) qui n'est qu'une fixation du moignon du col aux tranches de section des ligaments larges; et celle de Quénu, qui après l'hystérectomie vaginale soutenait le fond du vagin à la sangle formée par la réunion des deux ligaments larges.

Les ligaments ronds à l'état normal ou anatomique ne peuvent jouer un rôle dans la *suspension* de l'utérus, en effet ils sont disposés dans une attitude indifférente par ce que l'attache utérine et l'orifice inguinal interne se trouvent au même niveau. Ils peuvent cependant jouer un rôle important pour maintenir le corps utérin en légère *antéversion*, pour l'empêcher de se mettre dans l'axe du vagin, condition favorable à la descente de l'utérus.

L'antéflexion et surtout l'*antéversion* empêchent l'utérus de prendre le chemin de la filière génitale.

Cependant les ligaments ronds sont assez résistants comme le prouvent les expériences de Beurnier qui les a vus supporter de 600 à 900 grammes et Lenz une charge de 5 kg. ; or la chirurgie peut les utiliser de différentes façons.

Dans la ligamentopexie à la Doléris on élève le point d'implantation interne, en le fixant à la paroi abdominale, les ligaments ronds deviennent alors un moyen efficace de suspension.

On peut encore les utiliser en abaissant leur point d'implantation utérine en les fixant au col ; ils deviennent alors de précieux adjuvants dans la suspension préventive du moignon du col ou du fond du vagin.

Les ligaments utéro-sacrés jouent un rôle important dans le prolapsus du col ; en effet ce sont eux qui fixent et maintiennent le col en place. Tant qu'ils restent solides le col ne descend pas, mais s'ils se relâchent, alors on voit le col descendre ; et c'est vraisemblablement au relâchement ou atrophie de ces ligaments qu'il faudra incriminer les prolapsus isolés du col. Il est donc logique d'utiliser aussi les ligaments utéro-sacrés pour lutter contre la chute du col. Suture, plicature ou par le procédé de Marion, etc... procédés que nous n'étudierons pas dans cette thèse bien qu'ils paraissent logiques et efficaces.

GÉNÉRALITÉS SUR LA SUSPENSION DU COL

Nous tâchons de démontrer dans ce modeste travail, que l'on peut éviter assez souvent à certaines malades l'ennui d'un prolapsus génital post-opératoire, et les risques toujours possibles d'une nouvelle intervention abdominale, si lorsqu'on opère ces malades pour lésions chroniques de l'utérus et ses annexes, on a la bonne idée quand l'indication se pose, de faire une suspension du moignon du col (opération préventive), et que la suspension du col peut être un très utile complément du deuxième temps colpopérinéal (opération complémentaire).

Ainsi, chez les deux malades des observations I et II, on aurait certainement pu éviter une nouvelle laparotomie, si lorsqu'on fit l'hystérectomie subtotale et ayant constaté un léger prolapsus, on avait fait la suspension du col.

Ces deux observations, comme celles rapportées par M. Payne, sont très démonstratives, elles montrent que même après une hystérectomie subtotale, suivie d'une

périnéorrhaphie comme dans la 2^e observation, les deux interventions ont été insuffisantes pour empêcher le col et les parois vaginales de descendre, et on a été obligé d'intervenir une troisième fois pour faire une fixation du moignon à la paroi abdominale.

La suspension du col après hystérectomie subtotale comme traitement *préventif ou complémentaire* dans les prolapsus génitaux a certes ses indications :

1^o Chez les malades qu'un fibrome, une salpingite chronique ou des ovaires sclérokystiques, etc., condamnaient à une hystérectomie et chez qui on constate avant l'opération un certain degré de prolapsus génital, ou bien une insuffisance des muscles du plancher pelvien ;

2^o Chez les malades atteintes de prolapsus complet, mais chez qui l'âge ou bien la présence d'un mari ne permettaient pas de faire l'excellente opération de Le Fort, le cloisonnement élargi du vagin, et on est amené à sacrifier l'utérus.

Dans le premier cas la suspension du col est une opération préventive ; dans le deuxième cas, elle est complémentaire à une colpopérinéorrhaphie avec une bonne myorrhaphie des releveurs de l'anús.

La suspension du col est un si bon complément de l'hystérectomie abdominale que l'on serait tenté de dire qu'elle fait partie de la technique, tout au moins dans les cas où elle est facilement réalisable,

A l'hôpital Broca, la suspension du moignon du col a été pratiquée par le P^r J.-L. Faure, depuis fort longtemps, mais dans des cas exceptionnels de grands prolapsus génitaux coïncidant avec une lésion nécessitant l'ablation de l'utérus.

Depuis quelques années, étant donné les heureux résultats constatés après cette opération ; la suspension du moignon est faite beaucoup plus souvent par notre maître le P^r J.-L. Faure, par M. Douay et les chefs de clinique du service. On peut se demander si cette technique peut-être un peu négligée, ne devrait pas être appliquée comme moyen préventif dans toute hystérectomie subtotale avec menace de prolapsus génital ?

A côté des cas où la suspension est pour ainsi dire facultative, il en est d'autres où elle est beaucoup plus indiquée. Ce sont les cas où on note une légère descente du col, ou bien des parois du vagin, ou une insuffisance des muscles du périnée.

Il est alors très important avant de faire toute hystérectomie abdominale, de bien examiner la malade et de se rendre compte de la valeur et de la résistance des releveurs, et si l'on constate un léger prolapsus des parois vaginales ou un abaissement du col, ou bien une insuffisance musculaire, de compléter l'opération par une suspension du col, aux ligaments ronds conservés dans ce but.

Cette suspension ne sera peut-être qu'un traitement

provisoire ? Peut-être mais il sera toujours temps d'y ajouter tôt ou tard une colpopérinéorrhaphie complémentaire.

Dans ce cas les ligaments ronds agiront comme de vraies cordes ainsi que l'a dit M. Willens (de Liège) qui, très souvent attache moins d'importance à la réfection périnéale qu'à la suspension du col.

M. Gentil (de Paris) à propos de *quelques malades hystérectomisées qu'il a vues atteintes de prolapsus génital*, comme 2 de nos malades ; estime que dans ces cas le chirurgien n'a que deux ressources à sa disposition.

Soit la périnéorrhaphie qui ne guérit que la cystocèle et la rectocèle, mais non pas le prolapsus du col utérin.

Soit le cloisonnement élargi du vagin de Le Fort, qui tout en étant une excellente opération ne peut pas être proposée à une femme jeune.

Aussi cet auteur pense-t-il toujours au bon résultat que l'on peut obtenir, au cours d'une hystérectomie, subtotala, de la suspension du col, et au cours de l'hystérectomie totale du fond du vagin comme le fait M. Pauchet, ne serait-ce que comme simple moyen préventif surtout dans les cas où l'on redoute un prolapsus post-opératoire. D'autant plus que cette opération n'allonge ni ne complique l'hystérectomie abdominale ; il suffit d'y penser en commençant l'intervention.

Cette suspension aura peut-être, comme nous l'avons déjà dit, l'heureux effet d'empêcher un prolapsus du col

de s'achever et d'éviter tous les ennuis qu'il comporte.
*Autant plus que le prolapsus génital après hystérectomie
constitue une infirmité grave et difficile à guérir.*

*
* *

Nous faisons constater que dans les observations rapportées par les auteurs déjà cités, la suspension a été faite dans un but préventif, ou bien comme complément d'une colpopérinéorrhaphie, ainsi que chez 9 de nos malades. Mais dans la première et deuxième observation, comme dans les (4) rapportées par M. Payne; la suspension à la paroi abdominale a été faite dans *un but curatif*.

C'est sur ces 6 observations que nous nous basons pour démontrer *a priori*, l'importance de la suspension du col, comme moyen préventif du prolapsus post-opératoire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1° Section des ligaments ronds

Pour pratiquer la cervico-ligamentopexie, il est nécessaire de conserver la plus grande longueur possible des ligaments ronds. Aussi doit-on faire la section *au ras* de l'insertion utérine (*fig. 1*). Il est donc utile de prévoir dès le début de l'hystérectomie qu'on fera plus tard la suspension du col, afin de procéder de la façon suivante : Après pincement et section du pédicule utéro-ovarien, le ligament rond est pincé près de l'utérus et sectionné, au niveau de son insertion utérine. On dégage sur 3 à 4 centimètres le ligament des lames péritonéales qui l'enveloppent pour le libérer de ses connexions. Puis l'hystérectomie se continue par la section de l'artère utérine, section du col, etc.

Lorsqu'on procède aux ligatures des pédicules, le ligament rond est lié avec un solide catgut (n° 2) et le fil est conservé, il servira plus tard pour la ligamentopexie.

2° Préparation du col pour réunir les ligaments ronds

Pour que les ligaments ronds soient bien incorporés au col, il est utile de faire un évidement du col, cet évidement sera surtout transversal, creusant un sillon assez profond pour y placer les ligaments.

Les chirurgiens qui ont l'habitude de faire l'évidement complet du col et de supprimer toute la muqueuse du canal cervical (Douay-Hautefort) ; pour fermer la communication avec le vagin et pour assurer l'hémostase, ces auteurs passent un point de catgut en U, qui traverse le col d'avant en arrière, puis d'arrière en avant, contournant ainsi le canal cervical évidé (*fig. 3*) ce point *serré* en avant du col doit rapprocher la partie basse du col, mais doit laisser écartée la partie haute dont les lèvres antérieure et postérieure doivent rester assez écartées pour former un sillon transversal suffisamment profond pour contenir les ligaments ronds.

Les chirurgiens qui n'ont pas l'habitude d'évider le col (J.-L. Faure) se contentent d'appliquer les ligaments ronds sur la face cruentée du col, avant de les suturer.

3^o Suture des ligaments ronds

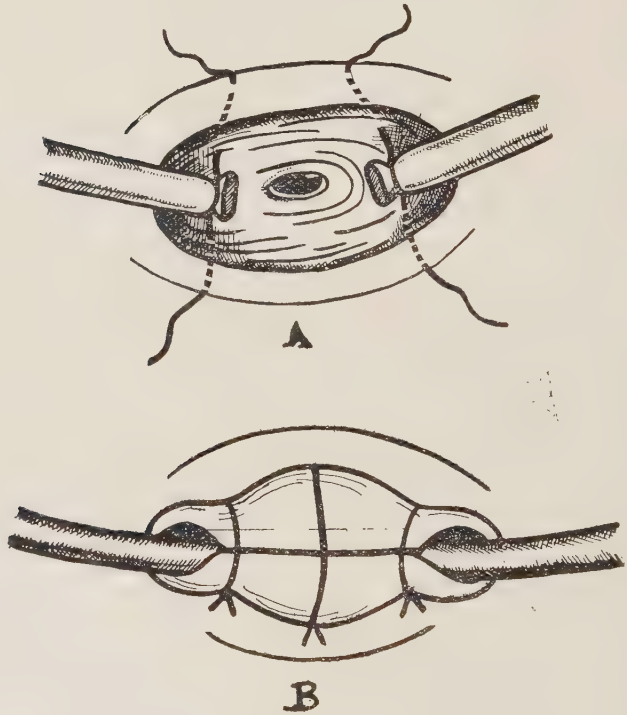
Pour fixer les ligaments ronds à la surface de section du col, plusieurs moyens sont à notre disposition :

a) En incorporant les ligaments dans le surjet fait habituellement sur le col ; les ligaments peuvent être placés bout à bout en nouant ensemble les deux fils terminaux. Les ligaments peuvent être placés parallèlement en fixant le ligament droit sur l'extrémité gauche du col, et inversement le ligament gauche sur l'extrémité droite du col. Puis le surjet fermant le col, emprisonne ainsi les ligaments ronds et les fixe dans leur situation. C'est là le procédé que nous avons vu employer par le P^r J.-L. Faure.

b) En fixant chaque ligament dans l'angle externe du col. Un des chefs ayant servi à la ligature du ligament est passé d'arrière en avant dans la lèvre antérieure du col évidé. L'autre est passé d'avant en arrière dans la lèvre postérieure (*fig. a*). Les deux fils sont noués ensemble, ce qui a pour effet de fixer le ligament au fond du sillon et de rapprocher par-dessus les bords du col (*fig. b*).

La même ligature est faite pour le second ligament. Il suffit de mettre un à deux points supplémentaires pour terminer complètement la suture du col. C'est le procédé que nous avons vu employer par le D^r Douay (*fig. a et b*).

c) Il y a encore un procédé très ingénieux employé par M. Hautefort et qui mérite une description spéciale. C'est la fixation avec *coulissage* des ligaments ce



Procédé de M. le D^r Douay

qui permet de mesurer exactement le *degré de tension* des ligaments et par conséquent de régler la hauteur de la position du col.

a) Hystérectomie subtotal.

Après pincement et section d'un pédicule utéro ovarien, le ligament rond du même côté est sectionné *au ras* de son insertion utérine (*fig. 1*), de façon à lui conserver la plus grande longueur possible ; il est dégagé sur plusieurs centimètres de ses lames péritonéales, puis il est lié au catgut chromé et les chefs de cette ligature sont conservés. On achève d'inciser le ligament large, on pince l'artère utérine à la place ordinaire et on sectionne, en ayant soin de la dégager du col utérin. On procède de même pour le côté opposé, puis le col est tranché perpendiculairement à son axe.

b) Après ligature des deux pédicules utéro ovariens et des deux utérines, on procède à l'évidement du col (*fig. 2*) : deux incisions transversales qui mordent l'une en avant, l'autre en arrière du canal cervical, se rejoignent à 1 cm. 1/2 environ de profondeur, creusant ainsi un fossé de coupe triangulaire dans le fond duquel aboutit le canal cervical.

Pour fermer la lumière de ce canal, on passe un point de catgut en V, qui traverse le col d'avant en arrière, puis d'arrière en avant contournant le canal cervical (*fig. 3*) : ce point est noué en avant du col et les chefs conservés amarrent le col et facilitent les manœuvres suivantes.

c) Les lèvres du col sont saisies par des tenailles de Pauchet et écartées : l'aide, saisissant les chefs de ligature des ligaments ronds, couche entre elles, *en les croi-*

sant, ces deux ligaments ; l'opérateur, prenant les 2 tenailles dans la main gauche, referme les deux lèvres du col sur les ligaments ronds, et il les maintient dans cette position par un fil médian qui prend les deux lèvres, *sans embrocher* les ligaments (*fig. 4*).

Les tenailles sont enlevées et le fil noué et coupé. L'aide n'a pas abandonné les chefs des ligaments ronds, il tire sur eux *jusqu'à ce que le col ait pris la position la meilleure*. A ce moment, l'opérateur passe un catgut à droite, puis à gauche du point médian, prenant de nouveau les deux lèvres du col, mais *embrochant cette fois* les deux ligaments (*fig. 5*). On achève de solidariser les deux ligaments ronds en fixant chacun des moignons au ligament rond opposé (*fig. 6*).

d) Le col est alors solidement suspendu. La péritonisation est généralement facile, si l'on a pris soin de décoller assez haut le péritoine pré-utérin avant de trancher le col (*fig. 7*).

4° Péritonisation

La présence des ligaments ronds, tendus vers la ligne médiane, rend la péritonisation plus difficile qu'à l'ordinaire.

Habituellement le péritoine vésical est assez lâche pour qu'on puisse l'attirer au-dessus des ligaments ronds pour le fixer au péritoine postérieur des liga-

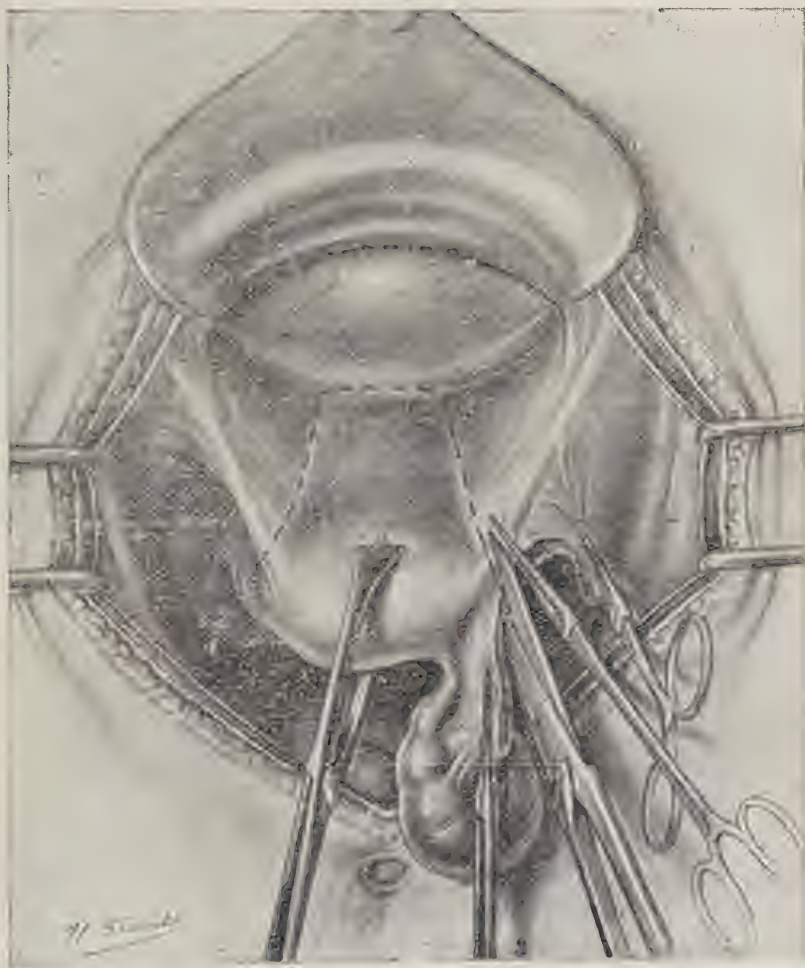


FIG. 1. — Hystérectomie et section des ligaments ronds



FIG. 2.
Section transversale
de la tranche cervicale



FIG. 3.
Suture du col
point en U



Fig. 4
Fermeture de la
gouttière cervicale



Fig. 3
Fixation
des ligaments ronds



FIG. 6.
Solidarisation
des ligaments ronds



FIG. 7.
Péritionisation

mients larges et de la face postérieure du col, ce qui permet de faire une péritonisation complète.

EXTENSION DU PROCÉDÉ A L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Lorsqu'on est amené par suite de lésions du col à pratiquer une hystérectomie totale, il est encore possible d'utiliser les ligaments ronds pour faire une pexie du dôme vaginal.

Ce procédé a été surtout employé par V. Pauchet (Voir *La Pratique chir. illustrée*, fasc. II, 1931, fig. 60-61-62).

Lorsqu'il y a avant l'opération une tendance au prolapsus, le danger post-opératoire de déroulement du vagin est encore plus grand lorsqu'on pratique une hystérectomie totale ; car on supprime dans ce cas *les ligaments utéro-sacrés* dont nous avons étudié plus haut le rôle important comme moyen de suspension du col.

1° *Désinsertion du vagin* pour conserver une paroi vaginale épaisse qui permette d'y incorporer les ligaments ronds, il est utile de faire porter la section vaginale, au niveau de son implantation sur le col.

2° *Suture du vagin*. — On rapproche par une suture hémostatique les parois antérieure et postérieure du vagin, fermant ainsi la cavité vaginale.

3° *Fixation des ligaments ronds*. — Les ligaments sont

fixés à cette ligne de suture, soit directement, soit en les croisant comme le fait M. Pauchet pour régler leur tension (Voir *La Pratique chirurgicale illustrée*, 1931, fasc. II, fig. 60-61-62).

4° On finit l'opération par une péritonisation par-dessus des ligaments ronds tendus.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Prolapsus génital après hystérectomie subtotale et colpopérinéorrhaphie.*

Mme R..., âgée de 49 ans.

Histoire. — Opérée en 1921 par prolapsus génital, à la suite d'une déchirure du périnée au cours d'un accouchement.

A l'examen on avait constaté :

— un gros col, gros utérus en rétroversion, une cystocèle et rectocèle ;

— *compte rendu opératoire* :

— laparotomie médiane sous-ombilicale ;

— ablation de l'appendice ;

— ligamentopexie à la Doléris ;

— fermeture de la paroi ;

— colpopérinéorrhaphie.

En 1929 vient de nouveau consulter, et à l'examen on constate un certain degré de prolapsus, et un utérus fibromateux.

— nouvelle laparotomie ;

- hystérectomie subtotale ;
- péritonisation et fermeture de la paroi.

Mais peu de temps après la malade commence à sentir une pesanteur au niveau du périnée, envie fréquente d'uriner et quelque chose qui sort par la vulve quand la malade fait un effort.

Le 8 janvier 1932 la malade vient consulter à l'hôpital Broca et à l'examen on constate : *Un prolapsus du col, après hystérectomie subtotale et colpoperinéorraphie.* Le col sort de la vulve et est légèrement ulcéré, probablement par suite du traumatisme.

Le 11 janvier a été opérée par M. Douay qui a fait le suivant :

- laparotomie médiane qui a été assez difficile à cause des adhérences des anciennes cicatrices qui ont été réséquées ;
- cervico-pexie pariétale ;
- incision du péritoine au niveau du moignon du col.

Décollement de la vessie et dissection du moignon, pour pouvoir l'attirer vers la paroi abdominale : le vagin étant assez long pour que le col puisse être suturé dans la partie inférieure de la plaie abdominale.

- On refait la paroi en 3 plans.
- Suites très favorables, la malade quitte le service le 26 janvier.

Revue 3 mois après.

Etat général excellent, cicatrice solide, col bien fixé derrière la symphyse pelvienne, sans aucune tendance à descendre sous l'effet de la toux ou de l'effort. Pas de troubles urinaires.

Obs. II. — *Prolapsus et incontinence d'urines après hystérectomie subtotale.*

Mme Le R. âgée de 45 ans.

Histoire. — Mère de 2 enfants bien portants, a été opérée en 1914 à l'âge de 27 ans d'une salpingite bilatérale. Les suites ont été favorables, mais à partir du mois de juillet 1931 la malade commence à se plaindre d'une sensation de pesanteur périnéale, de quelques pertes sanglantes, et de troubles de fausse cystite (dysurie et envie fréquente d'uriner).

Le 18 janvier vient consulter à Broca : et à l'examen on constate : Une cystocèle très marquée qu'explique ses troubles urinaires ; et un léger prolapsus du col après hystérectomie subtotale ; plus accentué quand la malade fait un effort.

La malade a été opérée le 20 janvier par M. Peytavin.

I. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

— Décollement de la vessie, du moignon du col. Fixation du col et de la vessie à la partie inférieure de la plaie abdominale.

— Fermeture de la paroi en 3 plans.

II. — Colpopérinéorrhaphie postérieure et myorraphie

des releveurs avec de gros crins sans sutures perdues.

— Sonde vésicale.

Le 10^e jour fait une légère congestion pulmonaire.

Le 15^e jour fait une pyélonéphrite qui a été traitée par le régime et vaccins.

Le 24 février elle peut sortir de l'hôpital en bon état.

Revue 3 mois après. Très bon résultat, col bien fixé, pas de troubles urinaires.

Obs. III. — *Fibrome et prolapsus génital.*

Mme M... âgée de 56 ans.

Histoire. — Malade bien réglée jusqu'à l'âge de 50 ans, pas d'enfants ni de fausse couche. Depuis quelques mois la malade a constaté que ses règles deviennent de plus en plus abondantes et longues, et entre les règles elle a des pertes blanches sanguinolentes.

Le 21 septembre 1931 ; la malade entre dans le service à Broca.

A l'examen on constate :

— Une métrite du col qui est gros et adénomateux.

— Un utérus gros, avec gros fibrome postérieur adhérent.

— Un prolapsus génital.

La malade a été opérée par M. Douay le 26 septembre 1931.

Voici le compte-rendu opératoire.

— Laparotomie médiane sous-ombilicale.

— Ablation de l'appendice.

— Libération des annexes, et décollement du fond de l'utérus où l'on trouve un gros fibrome.

— Hystérectomie par le procédé de Kelly en conservant les ligaments ronds.

— Evidement complet du col, et suture en V. par le procédé de M. Douay.

— Suspension du col par les ligaments ronds.

— Péritionisation.

— Fermeture de la paroi en 3 plans.

— Un drain et une mèche vaginale.

Examen de la pièce. — Petit polype de la corne gauche qui explique les métrorragies.

Au niveau du col 3 œufs de Naboth.

Suites opératoires favorables, la malade quitte le service le 21 octobre.

Revue 6 mois après. Résultat excellent, col bien fixé à 7 cm. de la vulve et sans tendance à s'abaisser, sous l'influence de l'effort.

Obs. IV. — Fibrome et prolapsus du 3^e degré.

Mme S... âgée de 47 ans.

Histoire. — La malade a subi une première opération en 1919, une colpopérinéorrhaphie par prolapsus à la suite d'un accouchement.

En 1925 la malade a été opérée de l'appendicite.

Le 14 septembre 1931 entre dans le service à Broca, à

cause de ses règles qui depuis un certain temps sont en avance de 10 jours tous les mois et en outre très abondantes. En plus la malade se plaint d'une descente de matrice.

A l'examen on constate :

— Un prolapsus considérable de 3^e degré, après une colpoperinéorrhaphie ;

— Le col est gros, ainsi que le corps de l'utérus qui est rétroversé et fibromateux. La cavité utérine mesure 2 cas.

Le 16 septembre a été opérée par M. Weil dont voici le compte-rendu :

I. — Colporraphie antérieure large ;

— colpoperinéorrhaphie postérieure avec suture serrée des releveurs qui sont très atrophies ;

II. — Laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur un gros fibrome enclavé dans le sac de Douglas ;

— hystérectomie subtotale par le procédé de Terrier, en conservant les ligaments ronds ;

— suspension du col aux ligaments ronds ;

— péritonisation. Fermeture de la paroi en 3 plans ;

— une mèche vaginale et une sonde à demeure.

Suites très bonnes. Sortie le 8 octobre.

Revue le 24 février 1932.

La malade est en bon état, les cicatrices sont bonnes, mais le col a tendance à descendre.

Cette observation nous montre que souvent le prolap-

sus est très difficile à guérir, puisque chez cette malade, ni l'hystérectomie subtotale, ni 2 fois la colpopérinéorraphie, ni la suspension du col ont été suffisantes pour guérir le prolapsus ; dans ces cas désespérés il ne reste qu'une ressource au chirurgien ; c'est le cloisonnement élargi du vagin de Le Fort.

Obs. V. — Fibrome et prolapsus génital.

Mme H. âgée de 44 ans.

Histoire. — Un enfant, une fausse couche.

La malade vient consulter au service à cause de ses règles qui sont très abondantes et durent de 6 à 8 jours. En outre la malade se plaint de douleurs lombaires et d'une pesanteur gênante au niveau du périnée.

A l'examen on constate :

— un léger prolapsus génital, surtout si la malade fait un effort ;

— au toucher on sent une masse dure peu mobile et faisant corps avec l'utérus.

La malade a été opérée par le Pr J. L. Faure le 6 juin 1931 :

— laparotomie médiane sous-ombilicale ;

— ablation de l'appendice ;

— ablation de l'utérus fibromateux par le procédé Kelly-Faure, en conservant les ligaments ronds pour faire la suspension ;

— suspension du moignon aux deux ligaments ronds par le procédé de M. J. L. Faure ;

— péritonisation ;

— fermeture de la paroi en 3 plans ;

— une mèche vaginale.

Les suites opératoires ont été très favorables, la malade sort du service le 27 juin 1931.

Revue 10 mois après, le 21 avril 1932.

Le col était en excellente position et très bien fixé, sans aucune tendance à s'abaisser. Il persiste quelques pertes blanches ; petite insuffisance de la paroi abdominale.

Obs. VI. — Salpingite bilatérale et rétroversion.

Mme G... âgée de 46 ans.

Histoire. — La malade a subi une colpopérinéorraphie en 1926 pour un prolapsus génital à la suite d'un accouchement. Peu de temps après la malade commence à se plaindre de douleurs lombaires, tiraillements et phénomènes de fausse cystite, telle l'envie fréquente d'uriner et la dysurie.

Le 7 septembre entre à l'hôpital Broca.

A l'examen on constate :

— La présence d'hémorroïdes.

— La vulve est très fermée.

— Le col utérin est en avant derrière la symphyse pelvienne, ce qui explique les troubles vésicaux.

— L'utérus est fixé en rétroversion. Dans l'annexe droite on sent une masse douloureuse.

La malade a été opérée le 9 septembre en ville par M. Grinda.

I. — Laparotomie médiane sous-ombilicale on trouve l'utérus fixé en rétroversion et les deux annexes malades.

— Hystérectomie subtotale par le procédé de Kelly, en conservant les deux ligaments ronds.

— Suspension du col, aux deux ligaments ronds.

— Péritonisation. Appendicectomie.

— Fermeture de la paroi en 3 plans.

II. — Incision médiane du périnée afin de débrider le rétrécissement vulvaire et vaginal dus à une colpopérinéorraphie très serrée.

— Suture transversale.

— Une mèche vaginale, une sonde à demeure. Suites très favorables, la malade quitte le service le 4 octobre 1931.

Suivie pendant 5 mois, les résultats ont été très bons.

Obs. VII. — *Fibromes. Hématosalpinx et prolapsus du col.*

Mme B... âgée de 40 ans.

Histoire. — Malade bien réglée, pas d'enfants, ni de fausse couche. En 1920 a été opérée d'une salpingite droite, on fait l'ablation de l'annexe malade.

En 1923 fait une crise d'appendicite qui fut traitée médicalement.

En novembre 1931 entre dans le service à Broca en se plaignant d'une douleur localisée au niveau de la fosse iliaque gauche ; l'interrogatoire nous apprend que ses dernières règles ont été en retard et contenaient des caillots.

A l'examen on constate : la présence de deux masses, l'une faisant corps avec l'utérus, l'autre dans l'annexe gauche est très douloureuse. En outre un léger prolapsus du col.

On fait le diagnostic de fibrome utérin, et peut être de grossesse ectopique.

La malade a été opérée par M. Douay le 7 décembre 1931 ; dont voici le résultat :

— Laparotomie médiane sous-ombilicale.

— Ablation de l'appendice.

— Utérus fibromateux et poche d'hématosalpinx à gauche.

— Hystérectomie subtotale avec évidemment complet du col et suture en V.

— Suspension du col aux ligaments ronds conservés dans ce but.

— Péritonisation.

— Fermeture de la paroi en 3 plans.

Les suites ont été très favorables, la malade a pu quitter le service le 3 janvier 1932.

La malade a été suivie pendant 3 mois avec très bons résultats, le col reste haut et très bien fixé.

Obs. VIII. — Prolapsus et salpingite.

Mme L... âgée de 40 ans.

Histoire. — Régulée à l'âge de 12 ans, mère de 4 enfants. En 1914 on lui a fait une colpopérinéorraphie pour une déchirure du périnée au cours d'un accouchement.

Entre à l'hôpital Broca, pour douleur dans le bas-ventre, pertes blanches abondantes, et envies fréquentes d'uriner.

A l'examen on constate :

— Un prolapsus génital après une colpopérinéorraphie.

— L'utérus est en rétroversion et très adhérent.

— Grosses masses de salpingite bilatérale.

— Point douloureux de Mac-Burney très net. Opérée le 14 décembre par M. Douay.

I. — Périnéorraphie antérieure et postérieure.

II. — Laparotomie médiane sous-ombilicale.

-- Appendicectomie.

— Hystérectomie subtotal, en conservant les 2 ligaments ronds, évidemment du col et suture en V.

— Suspension du col aux ligaments ronds.

— Péritonisation.

— Fermeture de la paroi en 3 plans,

— Greffes ovariennes dans les deux grandes lèvres, pour éviter les accidents de la ménopause, par le procédé de M. Douay.

Suites favorables, sort du service le 6 janvier 1932.

Suivie pendant 3 mois. — Col bien fixé sans tendance à descendre. Les greffes ont très bien pris. Les bouffées de chaleur ont disparu.

Obs. IX. — *Annexite et cystocèle.* — Mme Th..., âgée de 49 ans.

Histoire. — La malade mère d'un enfant est bien réglée, vient consulter pour des douleurs lombaires dans le bas-ventre. La malade se plaint en outre de pertes blanches abondantes et de ses règles qui sont devenues douloureuses.

A l'examen on constate :

- Prolapsus de la paroi antérieure du vagin ;
- Métrite du col ;
- L'utérus est fixé en rétroversion ;
- Les annexes sont douloureuses ;
- Point appendiculaire.

Opération le 25 janvier par le Dr Douay :

— Laparotomie médiane sous-ombilicale, l'utérus est rétroversé et très adhérent. Les annexes sont malades : à droite l'ovaire est sclérokystique ; à gauche il permettait de prendre un morceau suffisant pour faire une greffe ;

— Hystérectomie subtotala en conservant les deux ligaments ronds. Evidement du col, et suture en V ;

— Suspension du moignon par les 2 ligaments ronds ;

— Péritonisation ;

— Ablation de l'appendice ;

— Fermeture de la paroi en 3 plans ;

— Greffe ovarienne dans les deux grandes lèvres.

Les suites sont favorables, elle quitte le service le 14 février 1932.

A été revue 3 mois plus tard et le résultat est excellent, col bien fixé et sans tendance à s'abaisser. Quelques bouffées de chaleur, les greffes n'ont pas encore pris.

Obs. X. — *Fibrome. Annexite kystique. Prolapsus du col.*

— Mme Z..., âgée de 49 ans.

Histoire. — Malade bien réglée, pas d'enfants, ni de fausse couche, a été opérée en 1914 d'une rétroversion utérine, on lui a fait une ligamentopexie à la Doléris. La malade vient consulter au service pour des douleurs dans le bas-ventre, se plaignant d'avoir des règles très abondantes, et quelques troubles urinaires, surtout envie fréquente d'uriner.

A l'examen on constate :

— Un prolapsus du col ;

— Un gros fibrome ;

— Une annexite kystique ;

— Un point appendiculaire.

A été opérée par M. Douay, le 21 avril 1931.

Voici le résultat :

- Laparotomie médiane sous-ombilicale ;
- Ablation de l'appendice ;
- Hystérectomie subtotala avec conservation des ligaments ronds, évidemment du col et suture en U.
- Suspension du col aux ligaments ronds.
- Péritonisation ;
- Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites favorables, peut sortir du service le 16 mai 1931.

La malade a été suivie pendant un an.

Le col est bien fixé et sans tendance à s'abaisser sous l'effet de l'effort. Quelques troubles ménopausiques ; très bonne cicatrice abdominale.

Obs. XI. — *Ovaire gauche kystique. Prolapsus.* — Mme B..., âgée de 36 ans.

Histoire. — La malade a été réglée à 13 ans, règles normales, mais douloureuses. En 1924 a été opérée de l'appendicite ; mère de 3 enfants bien portants. Au cours du 2^e accouchement a été déchirée mais son périnée a été bien réparé. Au cours du 3^e accouchement en 1929 une nouvelle déchirure s'est produite qui est restée sans séparation.

Quelque temps après la malade commence à souffrir d'une gêne et pesanteur au niveau du périnée. Ses rè-

gles deviennent très abondantes, et la malade souffre presque continuellement dans la fosse iliaque gauche surtout au moment de ses règles.

A l'examen on constate :

- Un prolapsus génital ;
- Un gros utérus, en rétroversion irréductible.
- Un col adénomateux.
- Un ovaire gauche kystique.

La malade a été opérée par M. Douay le 22 février, dont voici le résultat :

- Laparotomie médiane sous ombilicale ;
- Hystérectomie subtotal, avec conservation des ligaments ronds, évidemment du col et suture en U.
- Suspension du col, aux ligaments ronds ;
- Péritonisation ;
- Fermeture de la paroi en 3 plans ;
- Un drain et une mèche vaginale.

On fait une greffe ovarienne dans les grandes lèvres par le procédé de M. Douay, afin d'éviter les accidents de la ménopause post-opératoire.

Revue 6 semaines après — Très bon résultat, col bien fixé sans tendance à descendre ; les greffes ovariennes n'ont pas encore pris.

Les observations que nous rapportons ci-dessous ont été recueillies dans le service de M. Hautefort à l'hôpital du Perpétuel-Secours.

Obs. XII. — Mme M., âgée de 34 ans.

— *Kyste dermoïde à pédicule tordu.*

— *Kyste mucoïde du côté opposé.*

— *Petit fibrome utérin.*

Histoire. — La malade vient consulter au service pour douleurs dans le bas-ventre et pertes blanches. Depuis le 22 janvier 1930 la malade se plaint de ressentir 10 jours avant les règles des pesanteurs dans le bas-ventre localisées dans le côté droit. La température est montée à 38°, mais elle descend par la suite, pas de diarrhée ni de vomissements. Les douleurs se sont répétées tous les mois pendant les 10 jours qui précèdent les règles, celles-ci sont normales comme date d'apparition et comme abondance, durant 3 à 4 jours. Régliée à 14 ans et mère de 2 enfants.

Examen le 26 mars 1930.

Au toucher : Col petit et mobile. Séparé de l'utérus par un sillon profond, on sent à droite une masse dont

le volume dépasse celui d'une noix verte ; masse ferme, douloureuse et non mobile.

Opérée le 29 mars 1930 par M. Hautefort. Le péritoine ouvert on trouve un kyste développé au niveau de l'ovaire droit du volume d'un abricot, dont le pédicule est tordu et entraîne une torsion de la trompe. L'ovaire gauche est doublé de volume par un noyau kystique. La palpation de l'utérus montre de nombreux petits noyaux fibromateux.

Comme la malade est une ptosique, pour éviter le prolapsus post-opératoire du col on fait après hystérectomie subtotal, une suspension du col par le procédé de M. Hautefort.

Suites normales.

Revue le 18 avril : Col très bien fixé, très bon résultat.

Obs. XIII. — Mme F., âgée de 45 ans.

Fibrome. Prolapsus au début.

Histoire. — Entre à l'hôpital pour pollakiurie, et pesanteur abdominale.

Le début remonte à une dizaine d'années. Environ 2 à 3 ans après son dernier accouchement la malade a commencé à ressentir des tiraillements pelviens, surtout quand elle était debout ou marchait. A été réglée à 12 ans, mère de 4 enfants bien portants.

Examen. — Gros col, utérus fibromateux en rétroflexion, légère cystocèle et rectocèle.

Opérée le 20 mai 1930 par M. Hautefort. Hystérectomie subtotalé, suspension du col par son procédé. Appendicéctomie.

Suites favorables. Partie le 6 juin.

Revue le 2 juillet, le 31 octobre 1930 et le 15 avril 1932 en très bon état. Le col reste bien fixé et sans tendance à descendre. Pas de troubles urinaires.

Obs. XIV. — Mme B., âgée de 45 ans.

Rétroversion. Fibrome. Ovaires sclérokystiques.

Histoire. — Malade soignée par M. Hautefort en 1914 pour kyste de la paroi antérieure du vagin, et métrite du col avec ectropion de la muqueuse. En 1929 phénomènes de colite, survenus après l'expulsion d'un ténia. En même temps poussées de salpingo-ovarite.

En 1931 on constate que l'utérus dont le corps est gros a basculé en arrière, et la malade accuse des douleurs lombo sacrées et de la dysménorrhée, douleurs surtout avant les règles.

Opérée le 23 février 1932 par M. Hautefort. Hystérectomie subtotalé. Suspension. Appendicéctomie. Les ligaments ronds sont suffisamment longs et solides pour que l'opération se fasse dans de bonnes conditions.

Suites opératoires normales.

Revue le 15 avril 1932 : Très bon résultat.

Le col est bien fixé.

Obs. XV. — Mme Juliette D., 45 ans.

Prolapsus utérin.

Histoire : La malade vient consulter à l'hôpital parce qu'elle sent de la pesanteur dans la région périnéale accompagnée de tension à l'anus et de douleurs lombaires. Ces symptômes sont surtout marqués quand la malade est fatiguée, et lorsque la station debout est prolongée. Réglée à 13 ans, toujours normales. Grossesse à 29 ans, accouchement normal sans déchirure, pas de fausse couche.

Examen. — L'examen relève une cystocèle et rectocèle peu marquées. Le col utérin est normal. L'utérus est en antéflexion. Les culs-de-sacs sont libres. Les annexes sensibles.

Opérée le 11 février 1926 par M. Hautefort. Hystérectomie subtotale. Suspension du col. Appendicectomie.

Suites opératoires normales.

Revue le 3 mars 1926, le 29 mars 1928 et le 6 novembre 1930. — Son état général est excellent. Le col est absolument fixé et maintenu derrière la symphyse. Bonne cicatrice abdominale.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Parmi les 15 observations que nous rapportons :

1. Malade a été opérée pour *prolapsus après hystérectomie subtotale et une colpopérinéorrhaphie*. On a fait une cervico-pexie pariétale.

1. Pour prolapsus *après hystérectomie subtotale*. Opération cervico-pexie pariétale.

1. Pour prolapsus au 3^e degré *après une colpopérinéorrhaphie*. Opération. Hystérectomie subtotale. Suspension du col. Colpopérinéorrhaphie.

1. Pour prolapsus 1^{er} degré *après une colpopérinéorrhaphie*. Opération. Hystérectomie sub-suspension. Colpopérinéorrhaphie.

8. Pour léger prolapsus. Opération. Hystérectomie sub-suspension du col.

3. Pour menace de prolapsus.

Les résultats obtenus ont été excellents, sauf pour la 4^e malade dont le prolapsus s'est reproduit. Mais il s'agit d'une malade qui présentait *un prolapsus au 3^e degré après une colpopérinéorrhaphie* et en outre une *atrophie* considérable des releveurs.

Logique dans son principe, simple dans sa technique ; on est en droit d'escompter de la suspension du col un résultat aussi satisfaisant qu'on peut le souhaiter.

Est-ce que les résultats obtenus seront durables et définitifs ?

Nos statistiques ne reposent pas sur un assez grand nombre de cas pour y répondre et nos 15 observations ne sont pas suffisantes pour donner une conviction définitive. Par contre elles ne permettent pas de rejeter d'emblée l'opération. En éliminant les cas de date récente, les autres ont donné comme nous venons de le voir des résultats très satisfaisants. Et il ne faut pas se lasser de répéter qu'il s'agit de malades dont quelques-unes ont été traitées par d'autres moyens, sans aucun bon résultat.

Si au résultat par nous rapporté nous ajoutons ceux obtenus précédemment par MM. Hautefort, Gentil, Payne, etc..., on arrive à des chiffres déjà appréciables, assez suggestifs et capables d'entraîner l'adhésion des chirurgiens et de les amener à essayer au moins le procédé ; d'autant plus qu'il ne complique ni allonge l'hystérectomie abdominale.

CONCLUSIONS

1° La cervico-ligamentopexie ou suspension par les ligaments ronds du col restant après hystérectomie subtotale est une opération ou *plutôt un détail* de technique opératoire tout à fait recommandable.

2° Dans le cas d'association de prolapsus génital avec une lésion utérine nécessitant l'hystérectomie, l'opération est à elle seule *curatrice* du prolapsus. Toutefois on peut la compléter en y associant une périnéorraphie immédiate ou secondaire, ce qui permet d'obtenir un résultat thérapeutique complet et définitif. Cette association est assez rare.

3° Dans le cas d'hystérectomie avec menace de prolapsus, l'opération est *prophylactique*, empêchant le prolapsus de se produire. Cette indication opératoire est très fréquente,

4° Les procédés opératoires sont nombreux, nous avons décrit particulièrement ceux que nous avons vu employer à l'hôpital Broca, et qui nous ont donné de très bons résultats.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BEAUVOIS. — Prolapsus génitaux graves. Le traitement par la trachélopexie recti-musculaire (*Thèse de Lille*, 1904-1905).

BONNEAU. — La cure radicale des prolapsus génitaux par la voie abdominale (*Paris Chirurgical*, juillet 1912).

FRESQUET R. DE. — De la suspension du col dans les prolapsus. Technique opératoire suivie d'un procédé de fermeture de la paroi musculo-aponévrotique dans les laparotomies (*Thèse de Paris*, 1928).

GENTIL. — Traitement préventif du prolapsus au cours de l'hystérectomie abdominale (*XXXII^e Congrès français de Chirurgie*, 1923).

HAUTEFORT. — La suspension du col après hystérectomie subtotal, comme moyen préventif du prolapsus (*Bull. et mém. Soc. des chir. de Paris*, séance du 15 juin 1928).

ILIEFF. — De la colpoxie abdominale dans le traitement radical du prolapsus utérin (*Thèse de Paris*, 1898-99).

JACOBS. — Prolapsus génital. Nouvelle opération. Colpopexie ligamentaire (*Bull. Soc. belge de gyn.*, 1896, VIII, p. 37).

LEGUEU. — De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin (*XIV^e Congrès français de chirurgie*, 1901, p. 666).

MÜLLER. — Verhandlung des gynäk ; section der 62. Versarum, deutschen. Naturforscher und Aertzté. Heidelberg, 1889.

PAUÇHET V. — Technique de la suspension du dôme du vagin (*La Pratique chir. illustrée*, 1931, fasc. II, p. 403, fig. 60-61-62).

R. L. PAYNE. — Genital prolapse following total hystérectomie, successfull operative procedure (*Archives of Surgery*, avril 1930).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
Historique.....	15
Généralités sur le prolapsus génital.....	19
Fonctions anatomiques des ligaments.....	23
Généralités sur la suspension du col.....	25
Technique opératoire.....	32
Observations.....	47
Résultats opératoires.....	67
Conclusions.....	69
Bibliographie.....	74
